

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 37

LA BLÉPHAROPLASTIE

MÉTHODE ITALIENNE MODIFIÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1906

PAR

Emile THIBAUDET

Né à Tournus (Saône-et-Loire), le 3 Mars 1883

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Examineurs de la Thèse :	{	MM. BADAL	professeur.	Président
		MASSE	professeur.	
		LAGRANGE	agrégé	Juges
		CABANNES	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^e

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1906

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 37

LA BLÉPHAROPLASTIE

PAR LA

MÉTHODE ITALIENNE MODIFIÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

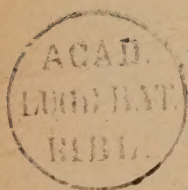
présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1906

PAR

Emile THIBAUDET

Né à Tournus (Saône-et-Loire), le 3 Mars 1883

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE



Examineurs de la Thèse :

MM. BADAL
MASSE
LAGRANGE
CABANNES

professeur. *Président*
professeur.
agrégé } *Juges*
agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

439, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1906

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire

PROFESSEURS :

MM. MICÉ.....	} Professeurs honoraires.	
DUPUY.....		
FIGUIER.....		
	MM.	MM.
Clinique interne.....	PICOT	BLAREZ
	PITRES	GUILLAUD
Clinique externe.....	DEMONS	DUPOUY
	LANELONGUE	DE NABIAS
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY (en congé) MONGOUR (chargé)	FERRÉ
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	
Médecine opératoire...	MASSE	BADAL
Clinique d'accouche- ments.....	LEFOUR	
Anatomie pathologique	COÏNE	DENUCÉ
Anatomie.....	CANNIEU	BOURSIER
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT	MOUSSOUS
Physiologie.....	JOLYET	DENIGES
Hygiène.....	LAYET	
Médecine légale.....	N.	SIGALAS
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIE	LE DANTEC

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. HOBBS	MM. VERGER
MONGOUR	ABADIE
CABANNES	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. CHAVANNAZ	Accouchements {	MM. FIEUX
	BÉGOUIN		ANDÉRODIAS
	VENOT		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. GENTES	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
	CAVALIÉ	Histoire naturelle	BEILLE

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH	Pharmacie.....	M. BARTHE
-------------	-----------	----------------	-----------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT
Accouchements.....	ANDÉRODIAS
Physiologie.....	GAUTRELET
Ophtalmologie.....	LAGRANGE
Hydrologie et Minéralogie.....	BEILLE

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

C'est pour moi un devoir de reconnaissance, — bien plus, de stricte équité, — et non pas, certes, une formalité banale dictée par l'observation étroite de la tradition, que de remercier, en tête de ce modeste travail qui représente une thèse de doctorat, les maîtres auxquels je dois mon instruction médicale.

Que mes maîtres de la marine, de Toulon et de Bordeaux, reçoivent les premiers l'hommage de ma gratitude. En eux j'ai trouvé des maîtres intelligents et capables et, en la plupart, des chefs pleins de douceur et de bonté, toujours prêts, je le sais, à descendre modestement du rang que leur ont conféré la hiérarchie et leur valeur personnelle et à se montrer à leurs élèves tels que des camarades aînés : serviables et dévoués. Profondément touché par cet excellent esprit de saine camaraderie et de simple cordialité, je ne saurais mieux faire, pour les en remercier, que de leur citer ici ce mot de La Bruyère : « La modestie est au mérite ce que les ombres sont aux figures dans un tableau : elle lui donne de la force et du relief. »

Dans une Faculté de médecine aussi réputée que celle de Bordeaux, ce serait une vérité banale de dire que j'y ai rencontré des professeurs éminents par leur savoir, et une louange bien superflue que de rendre mon faible hommage à leur mérite. Mais je dois ici remercier particulièrement ceux de mes maîtres qui, durant le cours de ma vie d'étudiant, m'ont témoigné leur intérêt et leur sympathie. Ce sont :

M. le Professeur Viault, qui a bien voulu m'admettre, étudiant inconnu, dans son laboratoire : j'y ai recueilli les quelques

notions d'histologie pratique que je possède et, avec elles, la méthode et le goût de cette science si peu connue généralement des étudiants, mais qui, nonobstant son apparente aridité, n'en constitue pas moins, avec l'anatomie, le substratum véritable, la base solide et ferme de tout notre édifice médical ;

M. le Professeur Régis, dans le service duquel j'ai eu le bonheur d'accomplir un stage ; il a toujours su, par sa science profonde du cerveau humain, par son érudition étendue, agréable et jamais pédante, par sa parole et son style pleins d'élégance et de clarté, captiver l'attention et le zèle de ses élèves ; de même que, par son exquise délicatesse et son cœur excellent, il a su conquérir leur respect et leur affection ;

M. le Professeur agrégé Lagrange, dont il est presque superflu pour moi de faire l'éloge, tant son enseignement si vivant et si pratique est connu et justement apprécié des étudiants en médecine bordelais ; cette méthode d'enseignement jointe à une parole expressive, pittoresque et agrémentée de métaphores saisissantes et toujours justes, fait de l'ophtalmologie une science aimable et attrayante ; de plus, il a bien voulu, avec une bonne grâce charmante, mettre à ma disposition les ressources de sa bibliothèque personnelle pour la confection de cette thèse inaugurale ;

Enfin M. le Professeur agrégé Cabannes, auquel je dois de m'avoir suggéré l'idée de ce travail ; je veux, en terminant, adresser un souvenir ému et reconnaissant à ce jeune maître, dont j'eus le plaisir d'être l'élève à l'hôpital des Enfants ; sa science et son talent me l'ont fait connaître ; son accueil affable et sympathique, son franc parler simple et familier me l'ont fait aimer.

Enfin, que l'éminent professeur qui veut bien me prêter l'autorité de son nom pour la présidence de cette thèse, — j'ai nommé M. le Professeur Badal, — daigne en agréer l'hommage avec mes sentiments de respectueuse gratitude.

Bordeaux, le 13 décembre 1906.

E. T.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La *blépharoplastie* (βλέφαρον : paupière; — πλάσσειν : former) est, ainsi que son nom l'indique, l'opération chirurgicale qui a pour but de refaire une paupière, — soit que cette paupière ait été déformée par une cicatrice, soit qu'elle se trouve détruite par une cause pathologique (lupus, épithélioma, lésions syphilitiques) ou accidentelle (traumatisme, brûlure).

La blépharoplastie comprend un certain nombre de procédés, que l'on peut ranger en quatre grandes méthodes :

1° *La méthode de la greffe cutanée sans pédicule* dite encore méthode *d'hétéroplastie* (procédés de Reverdin, de de Wecker, de Le Fort), qui consiste à prélever, en un point quelconque du corps : bras, cuisse, etc., un ou plusieurs lambeaux cutanés et à les transplanter tels quels sur la paupière préalablement avivée au bistouri.

2° *La méthode française ou par glissement*, consistant à disséquer des lambeaux au voisinage de la paupière à restaurer et à les amener à leur nouvelle position soit par l'effet de la simple dissection, soit à l'aide d'incisions libératrices de formes variées (procédés de Warthon Jones, de A. Guérin, de Dieffenbach, de Richet).

3° *La méthode indienne*, consistant à tailler un lambeau au voisinage de la paupière à restaurer et à l'amener sur celle-ci par une torsion plus ou moins grande de son pédicule ; — le

procédé dit par pivotement, de Denonvilliers, n'est qu'une variante de cette méthode.

4^e *La méthode italienne enfin* : on taille le lambeau destiné à la restauration de la paupière sur le bras du sujet, que l'on assujettit solidement à la tête par un appareil. C'est seulement cette dernière méthode de blépharoplastie que nous décrirons dans le présent travail.

La blépharoplastie par la méthode italienne est une opération relativement récente, puisqu'elle n'a été faite pour la première fois qu'en 1879, par le professeur Berger (de Paris). Mais elle a en réalité, une histoire bien plus ancienne. Elle n'est, en effet, que l'application à un cas particulier, savoir la restauration de la paupière, de la méthode générale italienne d'autoplastie, appliquée tout d'abord, il est vrai, à refaire le nez ; il nous faut donc remonter jusqu'au xv^e siècle pour trouver l'origine de la méthode italienne et, conséquemment, de l'opération qui nous occupe.

C'est, en effet, en l'année 1442 que nous trouvons, dans les *Annales mundi* de Pierre Ranzano, évêque de Lucera, le passage suivant : « A cette époque florissait le Sicilien Branca, le premier des chirurgiens du monde, qui est arrivé, chose prodigieuse, à réparer la perte du nez. Son fils Antoine a perfectionné sa méthode. »

En réalité, Branca le père a tout simplement continué à pratiquer la rhinoplastie selon la méthode dont les anciens brahmines de l'Inde s'étaient, de toute antiquité, transmis la tradition et qui, sous le nom de *méthode indienne*, consiste, comme on le sait, à tailler sur le front du patient le lambeau cutané nécessaire à la restauration du nez. C'est à son fils Antoine Branca que revient le double mérite d'avoir créé une méthode nouvelle, en prenant le lambeau cutané non plus sur le visage, mais sur le bras du sujet, et d'avoir étendu les applications de sa méthode à la restauration de parties du corps autres que le nez : c'est du moins ce qui résulte d'un passage curieux de Bartolomeo Fazio, rapporté littéralement par Tiraboschi et cité par Malgaigne, dans l'introduction qu'il a

mise en tête des œuvres d'Ambroise Paré : « J'ai regardé comme méritant un souvenir spécial les deux Branca, père et fils, chirurgiens distingués de ce siècle, dont le père imagina une chose admirable et presque incroyable. Il rechercha par quel moyen il referait et remplacerait des nez réséqués et mutilés, et il y réussit de la façon la plus ingénieuse. Au reste, Antoine, son fils, n'ajouta pas peu à la belle découverte du père. Car, outre le nez, il trouva le moyen de restaurer et les lèvres et les oreilles mutilées. De plus, le lambeau que son père découpait, pour tailler le nouveau nez, sur la figure même du malade, il le prit sur le bras, de telle sorte qu'il ne s'ensuivait aucune difformité sur la figure. Sur le bras disséqué et dans la plaie même, il fixait les restes du nez mutilé en retenant les parties en contact par un bandage étroitement serré, de telle sorte que l'opéré ne pût en aucune façon mouvoir la tête. Passé le quinzième et quelquefois le vingtième jour, il détachait peu à peu le lambeau, qui avait contracté des adhérences avec le nez ; puis enfin le séparait tout à fait du bras et lui donnait la forme du nez avec tant d'art que les yeux pouvaient à peine reconnaître ce qui avait été rapporté, et que toute difformité avait disparu. »

Après Antoine Branca, on cite comme un de ses élèves un Sicilien nommé Balthazar Pavone ; puis, au xvr^e siècle, on trouve l'opération de Branca transportée à Tropæa, en Calabre, entre les mains d'une famille du nom de Vianeo, Vioneo ou Bojano. Le premier d'entre eux est un certain Vincent Vianco de Maida, qui eut pour successeurs son neveu Bernardin et le fils de celui-ci, Pierre Bojano, tous deux également de Tropæa, d'où le nom de *magia Tropæensium* donné à la rhinoplastie, tant cette opération paraissait prodigieuse aux contemporains des Bojani.

Mais tous ces opérateurs, pour si habiles qu'ils fussent, n'ont rien écrit sur les procédés de leur art ; plus soucieux de leurs bénéfices que de leur gloire, ils ont au contraire cherché à entourer soigneusement de mystère le secret de leurs pratiques, que quelques rares disciples, seuls, ont pu connaître. Peut-être Gaspard Tagliacozzi, né à Bologne en 1546, professeur de méde-

cine théorique et d'anatomie à l'Université de cette ville, fut-il un de ceux-là. Pierre Bojano vivant encore en 1571, et notre médecin ayant à cette époque vingt-cinq ans. Quoi qu'il en soit, c'est lui qui le premier décrivit et s'efforça de vulgariser les préceptes opératoires qu'il avait tirés de son expérience ou reçus de ses devanciers, méritant ainsi non seulement les honneurs exceptionnels que ses concitoyens décernèrent à sa mémoire, mais aussi le titre incontesté d'auteur de la méthode qui porte encore aujourd'hui son nom ; cette dernière, il l'a exposée en plusieurs ouvrages, dont le principal est son célèbre traité : *De la chirurgie des raccourcis par la greffe* (*De curtorum chirurgia per insitionem*), paru à Venise en 1597. Trouvant une sorte d'analogie entre la *magia Tropæensium* et la greffe des arbres, il décrit ainsi ses impressions :

« Si l'on considère avec attention ces deux espèces de greffes, on verra certainement que les premiers fondateurs de l'art sur lequel nous écrivons ont été, ainsi que nous, conduits, par une conjecture non douteuse, à faire cette opération artificielle, en sorte qu'ils n'ont pas hésité à croire que l'on pouvait par ce moyen rétablir et réparer les parties de notre corps qui avaient été tronquées. Car, comme ils voyaient des arbres d'une nature absolument différente, placés à une distance considérable l'un de l'autre, se coller par le moyen d'une longue branche de l'un attachée à la souche de l'autre au point de prendre le même caractère ; comme d'ailleurs ils les voyaient s'unir fortement, ils ont jugé, par une conséquence nécessaire, que des membres coupés pourraient se joindre bien plus aisément, et en beaucoup moins de temps, avec d'autres membres, d'ailleurs sains et d'une nature analogue ⁽¹⁾. »

En quoi consistait donc sa méthode ? En ceci : on taillait un lambeau sur la région brachiale antérieure, on soulevait ce lambeau comme un pont en le laissant attaché par les deux extrémités à son lieu d'origine, puis on en détachait l'extrémité

(¹) *De curtorum chirurgia per insitionem*, lib. I, c. 18, p. 47 (in-fol. Venetiis, 1597).

supérieure et on l'abandonnait à lui-même jusqu'à ce que sa surface profonde, jadis cruentée, puis granuleuse, fût entièrement cicatrisée ; à ce moment, on avivait les bords du lambeau qu'on appliquait par une suture à la surface de section également avivée du moignon nasal et l'on fixait solidement le bras à la tête par un appareil destiné à empêcher tout tiraillement du lambeau, encore attaché au bras par son pédicule. Quand l'adhésion du lambeau à la face semblait complète, on coupait l'isthme qui le rattachait encore au bras et on laissait le membre supérieur reprendre sa liberté. Le lambeau, dès lors complètement séparé de son lieu d'origine, continuait à vivre grâce aux connexions nouvelles qui s'étaient établies entre lui et ce qu'on pourrait appeler sa patrie d'adoption. On le façonnait alors par des manœuvres patientes et, à l'aide d'une instrumentation compliquée, l'on parvenait à lui donner la forme d'un nez plus ou moins parfait (Berger).

Fortuné Liceti ⁽¹⁾ et Jean-Baptiste Cortesi ⁽²⁾ assurent avoir vu Tagliacozzi réparer parfaitement de cette manière la perte du nez, des oreilles et des lèvres.

Tagliacozzi eut-il des disciples ou des imitateurs ? On ne trouve, après lui, que quelques rares relations de son opération. Vésale décrit longuement ⁽³⁾ la manière de la pratiquer, mais rien ne prouve qu'il l'ait faite. Ambroise Paré raconte que le chevalier Le Cadet de Saint-Thoan recouvra fort heureusement le nez de cette manière ⁽⁴⁾. Fabrice de Hilden rapporte aussi le cas remarquable d'une femme sur laquelle l'opération fut exécutée en 1592 par Griffon, chirurgien de Lausanne ⁽⁵⁾. On trouve encore, au siècle suivant, une relation de rhinoplastie par un certain Molinetti ⁽⁶⁾, chirurgien de Padoue, qui aurait obtenu un succès, en 1625, par la méthode de Tagliacozzi ; mais c'est la dernière

⁽¹⁾ *De monstris*, lib. II, c. 29, p. 108.

⁽²⁾ HALLER, *Bibl. chirurg.*, vol. I, p. 293.

⁽³⁾ *Chirurgia magna*, lib. III, c. 9, p. 983.

⁽⁴⁾ Liv. XXIII, c. 2.

⁽⁵⁾ Fabric. HILDAN., cent. III, Obs. 31, p. 214 (in-fol. Francofurti, 1646).

⁽⁶⁾ Antonii MOLINETTI, *Dissertationes anatomicæ et pathologicæ de sensibus et eorum organis*. Patavii, MDCLXIX, cap. 12.

observation dont nous puissions trouver la trace jusqu'au moment où, au commencement du siècle dernier, K. F. Graefe ressuscita la méthode italienne et la lança dans une voie nouvelle.

En effet, cette méthode nécessitait un traitement de très longue durée, puisqu'on ne fixait le lambeau brachial à la face qu'une fois entièrement recouvert de cicatrice. Aussi il est certain que les délais considérables qu'exigeait cette opération devaient rebuter chirurgiens et malades et n'ont pas peu contribué à faire tomber dans l'oubli la méthode de Tagliacozzi.

En 1719 déjà, un chirurgien français, Reneaume de la Garanne, dans un mémoire présenté à l'Académie royale des sciences : *Sur la réparation de quelques parties du corps humain mutilé*, paraît avoir indiqué l'importante modification que, un siècle plus tard, devait apporter Graefe à la méthode de Tagliacozzi :

« M. Reneaume, bien fondé sur ces témoignages ⁽¹⁾ à ne pas croire l'opération chimérique, a songé à la perfectionner après Taliacot, comme Taliacot l'avait perfectionnée après les Bojani. Il croit qu'on peut beaucoup en abrégér la durée et la réduire à quinze ou seize jours, en faisant en même temps les deux différentes plaies que Taliacot ne faisait qu'à quinze jours l'une de l'autre ⁽²⁾ ». Reneaume mit-il à exécution l'opération de Tagliacozzi ? Rien n'est moins certain ; c'est du moins ce que l'on peut conclure de l'incrédulité que montre Dionis, son contemporain, pour les succès de la méthode italienne qu'il tient « pour des contes faits à plaisir plutôt que pour des réalités véritables ⁽³⁾. »

Ce fut Carl Ferdinand Graefe qui tira de l'oubli la méthode italienne d'autoplastie en la rénovant et en la transformant.

En 1816, il avait entrepris de pratiquer sur un soldat prussien la restauration du nez par la méthode de Tagliacozzi, en

⁽¹⁾ Fabrice de Hilden, Vésale, Paré, Fallope, etc.

⁽²⁾ *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1719, p. 29. Paris 1821, in-4°

⁽³⁾ DIONIS, *Cours d'opérations*. Paris 1782, 8° édit., revue par Lafaye, p. 589.

se conformant exactement aux préceptes de ce dernier ; l'opération fut commencée le 8 mai 1816, c'est-à-dire qu'à cette date le pont cutané fut détaché de la région brachiale du blessé ; le 7 juin, il coupa l'extrémité supérieure de ce pont, qui fut transformé ainsi en lambeau à pédicule inférieur ; le 19 octobre, le lambeau étant complètement cicatrisé sur sa face profonde et sur ses bords, il avive ceux-ci et les suture au moignon du nez préalablement avivé ; puis le bras est solidement fixé à la tête par un bandage. Le 1^{er} novembre, il coupe le pédicule qui réunissait encore le bras au moignon nasal ; puis, à l'aide d'un traitement spécial très long, il s'occupe de façonner le nez, ce qui ne put être considéré comme terminé qu'en novembre 1817.

On voit donc par ces dates quelle longueur de temps désespérante durait ce traitement et devaient être la patience et le courage des malheureux malades qui s'y soumettaient.

Graefe eut alors l'idée de simplifier et abréger l'opération de Tagliacozzi, ainsi que l'avait indiqué Reneaume un siècle auparavant, en réunissant en un seul acte opératoire les deux premières phases de l'opération que le maître italien exécutait à cinq mois d'intervalle, savoir : le détachement du lambeau et son adaptation à la partie à restaurer. Ayant trouvé un nouveau cas propice, le 11 septembre 1817, il tailla sur le bras et fixa au moignon du nez avivé, en une seule et même séance, le lambeau qui devait servir à restaurer ce dernier. Graefe avait apporté là à la vieille méthode italienne une telle modification que lui-même voulut donner à son nouveau procédé le nom de *méthode allemande*.

La postérité n'a pas sanctionné cette appellation quelque peu prétentieuse, car, à vrai dire, on ne saurait voir dans le procédé de Graefe une méthode distincte, mais bien un simple perfectionnement, une simplification de la méthode italienne dont il ne diffère que par la répartition de ses temps. Du reste, si de Graefe avait ainsi modifié la *rhinoplastie* de Tagliacozzi, il n'avait pas, comme ce dernier, prévu la portée plus générale de ce mode d'autoplastie ; en un mot, ses opérations se bornèrent

uniquement à la réfection du nez ; il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter au titre même du mémoire où ce célèbre chirurgien retrace les origines de sa méthode et expose les cas qu'il eut à opérer : *Rhinoplastik oder die Kunst den verlust der Nase organisch zu ersetzen.*

A la suite de Graefe, plusieurs chirurgiens entreprirent l'opération nouvelle : Benedict, Dieffenbach, P. Fabrizzi. C'est à ce dernier que revient le mérite d'avoir élargi le cadre du procédé de *rhinoplastie* de Graefe, en l'appliquant, non seulement, comme l'avaient fait les maîtres italiens du ^{xv^e} et du ^{xvi^e} siècle, à la réfection des lèvres et des oreilles, mais même en transplantant, sur la face palmaire d'une main déformée par une cicatrice, un lambeau taillé sur la paroi thoracique ; le résultat de l'opération fut d'ailleurs des plus médiocres.

Du reste, l'enthousiasme avec lequel on avait accueilli la méthode de Graefe à ses débuts dura peu ; dans la suite, plusieurs chirurgiens : Dieffenbach, Zsigmondi, Wützer, Szymanski, Billroth, etc., ayant obtenu par ce procédé des résultats si médiocres que la plupart d'entre eux en revinrent à l'ancienne méthode de Tagliacozzi et en exagérèrent même la lenteur. Dieffenbach lui même affirmait que l'opération de Graefe devait généralement échouer par le fait de la désunion secondaire des lambeaux.

A quoi faut-il attribuer ces multiples échecs d'une méthode qui a donné, par contre, de si brillants résultats dans la suite ? La raison apparaît à nos yeux assez naturelle, si l'on songe aux conditions défectueuses de réunion où se trouvaient le lambeau cruenté et la plaie du bras, à une époque où la chirurgie ne connaissait pas encore les précieuses ressources de l'asepsie.

Les choses en étaient là, lorsque en 1879 M. le Professeur Berger (de Paris), ayant dans son service une malade atteinte, à la suite d'un lupus de la face, de lésions multiples et notamment d'un double ectropion bilatéral, avec la peau du visage rétractée, cicatricielle, « tendue comme la peau d'un tambour » (*Voir plus loin l'observation*), eut l'idée d'appliquer à la restauration de la paupière inférieure la méthode de Tagliacozzi, modifiée par de Graefe ; le résultat en fut très satisfaisant.

C'est là la première observation de blépharoplastie par la méthode italienne qui soit mentionnée dans la science. Dans la suite, d'autres chirurgiens pratiquèrent avec succès cette opération. En 1889, le docteur Vittorio Cereseto (de Turin) publia une observation de blépharoplastie pratiquée avec succès par la méthode italienne modifiée. La même année, le professeur Berger publie deux nouvelles observations. Citons encore l'observation de Basso en 1892, puis celle d'Abadie en 1895, puis deux autres de Berger en 1896 et une du professeur de Lapersonne en 1905.

Enfin, tout récemment, deux opérations de ce genre ont été pratiquées, et avec plein succès, par des maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux ; la première, en 1903, par M. le Dr Lagrange (observation publiée en 1905. *Voir plus loin*) ; la seconde, dont nous avons été témoin, en novembre 1905, par MM. les D^{rs} Cabannes et W. Dubreuilh, dans le service de ce dernier.

CHAPITRE II

INDICATIONS

La blépharoplastie, qui peut être, suivant les cas, partielle ou totale, est indiquée :

1° Dans tous les cas où les paupières sont déviées par une cicatrice ou ont été détruites par un ulcère, par la gangrène, par une brûlure, etc., en un mot par toute cause pathologique ou accidentelle.

2° Après l'ablation d'une tumeur maligne des paupières.

Mais dans quelles circonstances devra-t-on préférer la méthode italienne aux autres procédés ?

Il nous faut distinguer deux cas, suivant que, pour pratiquer cette opération, la méthode italienne s'impose à l'exclusion de toute autre : c'est alors une *méthode de nécessité*, ou que l'un des autres procédés étant lui aussi applicable, on préfère, pour une raison quelconque, recourir à la méthode italienne, qui est alors en ce cas une *méthode de choix*.

La blépharoplastie par la méthode italienne est une *opération de nécessité* toutes les fois que les parties voisines des paupières sont recouvertes par un tissu cicatriciel, impropre à fournir un lambeau pédiculé (à cause de l'ischémie relative de ce tissu et partant, du peu de chances de vitalité que présenterait un lambeau pris en semblable terrain). C'est là une indication formelle : aucun autre procédé autoplastique n'est applicable en ce cas.

Seule la méthode de greffe cutanée sans pédicule pourrait alors être mise en parallèle avec la méthode italienne. Examinons donc sa valeur et son opportunité.

La greffe cutanée, ou hétéroplastie, quel que soit le procédé particulier que l'on emploie, présente sur la méthode italienne l'avantage de ne pas nécessiter de longs préparatifs ni d'appareils de contention et de ne pas contraindre le patient à une position forcée, toujours extrêmement pénible. Mais les greffes sans pédicule ne sauraient être employées efficacement à la restauration des paupières. Blandin disait même « qu'il y aurait folie » à considérer une telle méthode comme moyen admissible d'autoplastie. Et en effet :

Les greffes épidermiques et dermo-épidermiques de Reverdin et de Thiersch ont pour but d'aider au processus de cicatrisation d'une ulcération étendue et torpide, d'un ulcère variqueux par exemple. Elles paraissent agir en activant la cicatrisation par bourgeonnement, mais ne donnent rien dans leurs résultats qui rappelle une réparation cutanée ; le tissu qui en résulte est fragile, parcheminé. En un mot, on se propose, dans cette méthode, de favoriser la formation d'une cicatrice ; dans les opérations autoplastiques, au contraire, et, pour le cas qui nous occupe, dans la blépharoplastie, on cherche précisément à supprimer le tissu cicatriciel existant pour le remplacer par un tégument sain et souple ayant toutes les propriétés du tissu normal : aucune comparaison n'est à faire entre les deux méthodes.

Nous ferons le même reproche, quoique moins marqué, à tous les autres procédés de transplantation d'un lambeau cutané non pédiculé (de Wecker, Le Fort-Wolfe) : ils contribuent à la formation de tissu cicatriciel, rétractile, ce qui est justement à éviter. De plus, les lambeaux utilisés présentent tous un autre grave inconvénient : c'est de subir un processus plus ou moins complet de résorption, de sorte qu'un lambeau taillé par le procédé de Le Fort-Wolfe peut se réduire dans toutes ses dimensions au point de devenir inutilisable. M. Monod, dans un rapport à la Société de chirurgie sur cette

question ⁽¹⁾, considère que cette réduction considérable du lambeau constitue la pierre d'achoppement de la méthode de greffe cutanée, et, dans la discussion qui suivit ce rapport, M. Berger ⁽²⁾ établit une très intéressante comparaison entre une greffe cutanée exécutée chez une femme à la paupière gauche et une blépharoplastie par méthode italienne pratiquée à l'œil droit chez la même malade. La comparaison est toute au désavantage de la greffe : tandis que le lambeau rapporté sur l'œil droit avait conservé toute son étendue et sa souplesse, le lambeau non pédiculé s'était presque complètement résorbé.

En résumé donc, dans une région comme la paupière, où, par suite de la grande mobilité du revêtement cutané sur les plans sous-jacents, celui-ci doit être parfaitement sain et normal, la méthode hétéroplastique n'est pas applicable : c'est donc la seule méthode italienne qu'il convient de mettre en œuvre.

Mais, en dehors des cas que nous signalions plus haut et où nous proclamions la méthode italienne une *méthode de nécessité*, la blépharoplastie pourra être pratiquée par les procédés des autres méthodes : c'est alors ici une question *de choix*.

Nous ne reviendrons pas sur la greffe cutanée, nous ne parlerons ici que des méthodes autoplastiques : à savoir les méthodes indienne et française.

Celles-ci ont sur la méthode italienne les mêmes avantages que les greffes cutanées, savoir de ne nécessiter ni éducation préalable du membre d'emprunt, ni position forcée, ni appareil de contention.

La méthode française même, ou par glissement, qui ne cause aucune perte de substance, convient à merveille pour les ectropions peu étendus de la paupière inférieure, les cicatrices linéaires qui en résultent étant peu appréciables. Mais quant aux procédés de la méthode indienne, ils déterminent tous sur le visage des cicatrices indélébiles toujours disgracieuses ; et,

⁽¹⁾ MONOD, Bulletin de la Société de chirurgie, 1881, p. 647 et suivantes.

⁽²⁾ BERGER, *Ibid.*, p. 681.

de plus, si l'opération vient par malheur à échouer, non seulement le patient n'y aura rien gagné, mais sa situation sera même pire après qu'avant. « Des gens ayant perdu totalité ou partie du nez, des lèvres ou des paupières, dit excellemment M. le Professeur Berger ⁽¹⁾, se sont accoutumés à cet aspect; ils se complaisent encore dans la contemplation de telle ou telle partie de leur physionomie, qui n'a point été ravagée comme le reste; pour peu qu'on y touche, ils sont profondément affectés et ne pardonnent jamais au chirurgien, surtout si l'opération plastique que l'on a tentée ne réussit pas à leur gré, ce qui est fréquent... Les procédés ordinaires de blépharoplastie, dans lesquels on se sert de lambeaux taillés à la région temporale ou à la joue, déterminent des cicatrices qui ne peuvent être dissimulées... Si le résultat laisse à désirer à ce point de vue, même quand l'opération réussit, que dire de ceux où elle échoue et où l'on a le regret d'avoir aggravé les déformations préexistantes! »

La méthode italienne, au contraire, est à l'abri de ce reproche. Elle ne crée pas, à part les deux étroites lignes de suture, de cicatrices au visage, ce qui a une certaine importance au point de vue du résultat esthétique de l'opération, surtout chez un sujet jeune, et à plus forte raison s'il s'agit d'une jeune fille. Seulement elle exige de la part des malheureux patients qui s'y soumettent une telle fatigue et une telle force d'endurance que malgré tous ses avantages, elle est et restera comme opération de choix une méthode exceptionnelle, ne s'adressant qu'à des sujets à la fois extraordinairement dociles et très soucieux de la forme de leurs visages, au point de supporter les pires épreuves pour la conserver. De plus, la blépharoplastie par cette méthode constitue une opération compliquée qu'il n'est pas donné à tout le monde de pratiquer. Mais, une fois effectuée, elle donne des résultats excellents, tant au point de vue de l'intégrité fonctionnelle de l'organe qu'au point de vue esthétique.

(1) Congrès français de chirurgie, 1889, p. 376.

Il est cependant un cas où elle semblerait, d'après Valude ⁽¹⁾, présenter quelques dangers : c'est après l'ablation d'une tumeur maligne des paupières ; pour cet auteur, en effet, les lenteurs des préparatifs de l'opération s'accordent mal avec la rapidité d'intervention qu'exige toute tumeur maligne une fois constatée, et de plus, avant de coapter ainsi une partie saine avec une plaie aussi suspecte, le chirurgien doit songer à la repullulation possible du néoplasme, — même après son ablation, — ce qui, en ces circonstances, présenterait les plus graves dangers.

En résumé donc, la blépharoplastie par la méthode italienne est applicable dans la plupart des cas relevant des autres méthodes. Seulement, ainsi que nous l'avons vu, les difficultés de son application doivent limiter celle-ci, à part de rares exceptions, aux cas où elle est une mesure de nécessité. Dans la grande généralité des autres cas, d'autres procédés opératoires, d'une exécution plus simple, peuvent être avantageusement employés : citons entre autres le procédé par méthode indienne de Denonvilliers, ingénieusement modifié par M. le Professeur Badal (de Bordeaux), et le procédé d'autoplastie oculaire palpébro-palpébrale, à pont transbordé, décrit et appliqué également par M. le Professeur Badal ⁽²⁾.

(1) De la restauration des paupières. *Gazette des hôpitaux*, 1889, CXIV, 1034.

(2) V. Thèse MADAMET, Bordeaux 1903-1904.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous considérons dans ce chapitre :

- 1° Les préliminaires de l'opération ;
- 2° L'exécution de l'opération ;
- 3° Les soins consécutifs à l'opération.

A) Préliminaires de l'opération

La blépharoplastie par méthode italienne étant une opération dont l'exécution est aussi délicate pour le chirurgien que les suites en sont pénibles et même douloureuses pour le malade, demande pour être effectuée dans de bonnes conditions, une série d'actes préparatoires indispensables qui en constituent les préliminaires. Le chirurgien devra par conséquent porter toute son attention sur les points suivants :

1° Déterminer exactement le siège, la forme et les dimensions du lambeau brachial et la direction de son pédicule.

2° Régler l'attitude à donner au bras et à la tête après l'opération et habituer peu à peu le malade à tolérer cette position forcée.

3° Construire, s'il y a lieu, l'appareil destiné à maintenir immobiles les parties après l'opération.

1° *Détermination du siège, de la forme, des dimensions du lambeau brachial et de la direction de son pédicule.* — On prend

le lambeau sur le bras du côté correspondant à la paupière à restaurer. Le siège d'élection est la face antéro-interne de la région bicipitale ; en effet, on ne doit pas oublier que le lambeau pour se trouver dans de bonnes conditions de vitalité et de parfaite adaptation, doit remplir deux indications : présenter environ la même épaisseur, la même constitution que les téguments de la paupière qu'il est appelé à remplacer ; avoir une vascularisation le plus abondante possible. Or les téguments de la face antéro-interne du bras répondent précisément à ces deux conditions : la peau y est, comme celle de la paupière, mince et souple, et de plus très bien vascularisée à cause du voisinage des vaisseaux huméraux ; c'est donc cette région que l'on choisira de préférence pour la taille du lambeau.

Ce choix fait, le chirurgien devra calculer aussi exactement que possible la forme et les dimensions que présentera, après l'incision libératrice et la dissection des adhérences cicatricielles (ou après l'ablation du cancroïde), la perte de substance palpébrale. On dessine alors au crayon dermatographique les contours sur la paupière ; puis on taille en une étoffe résistante ou en du papier fort un patron recouvrant exactement ce contour ; on applique le bras contre la tête, dans la position qu'il occupera plus tard et que nous décrirons plus loin ; on marque avec soin au crayon dermatographique le point où le bord du patron vient se mettre en contact avec le bras, car c'est en ce point exactement que devra se trouver le pédicule du lambeau. Reportant alors sur le bras, à partir de ce point et en dehors de lui, le patron qui figure le futur lambeau, on peut dessiner exactement le contour de celui-ci, en tenant compte, bien entendu, de sa rétraction ultérieure, c'est-à-dire qu'il sera nécessaire de tailler le lambeau très large (au moins de moitié plus grand dans tous ses diamètres que le patron). Il va sans dire que ces essais doivent être répétés un grand nombre de fois pour que les déterminations soient faites avec précision. On peut procéder à une vérification en refaisant l'expérience en sens inverse : après avoir fixé par son pédicule le patron au bras, à la place présumée du futur lambeau, on applique le bras contre la pau-

pière et l'on se rend compte si le patron correspond bien par ses bords aux contours de la perte de substance palpébrale. Par ces essais réitérés, on verra si le lambeau remplit bien toutes les conditions nécessaires. Il faut, en effet, qu'il recouvre, dans toute son étendue et sans traction exercée sur ses bords, la perte de substance à réparer; qu'il s'applique sur celle-ci par sa face cruentée tout entière et non pas seulement par ses bords; que le pédicule ne soit ni tordu, ni replié, ni comprimé, ni tirailé; que ce pédicule ne soit pas trop long, sous peine de voir la portion de sa face cruentée, qui se trouve au contact de l'air, exposée à la suppuration ou à la dessiccation. Quant à la forme à donner au lambeau, elle variera suivant les cas; si l'opération ne s'applique qu'à une seule paupière, le lambeau sera plus ou moins ovale, à grand axe perpendiculaire à l'axe du bras, avec le pédicule dirigé du côté interne; si l'on a à refaire les deux paupières (blépharoplastie double), le lambeau aura la forme d'un Y couché, la branche principale représentant le pédicule et les deux autres branches les languettes de peau destinées à s'adapter à chaque paupière.

2° *Attitude à donner au membre après l'opération.* — Cette détermination se fait en même temps que les précédentes. L'attitude à donner au bras et à la tête est de la plus haute importance: le chirurgien devra y consacrer toute son attention, afin d'éviter au malade, dans la mesure du possible, de grandes fatigues et même des souffrances ultérieures. Le bras sera appliqué contre la paupière par sa face antéro-interne, ainsi qu'il a été dit précédemment, l'avant-bras étant replié sur le sommet de la tête, qu'il traverse diagonalement; la tête sera généralement tournée du côté opéré et légèrement inclinée sur le bras. On habituera ainsi le malade peu à peu, et en des séances de plus en plus prolongées, à la position qu'il lui faudra subir pendant assez longtemps après l'opération; et l'on profitera de ces séances d'immobilisation pour s'assurer comment s'accomplissent dans ces conditions les différentes fonctions: sommeil, alimentation, évacuations.

3° *Construction de l'appareil destiné à immobiliser les parties*

après l'opération. — Plusieurs sortes d'appareils ont été proposés pour maintenir en contact le bras et la tête après l'opération. Celui qu'emploie le professeur Berger est construit en cuir moulé; il se compose d'une capeline maintenant la tête réunie à un corset et sur laquelle l'avant-bras et le bras sont fixés à l'aide d'un gant en cuir et de courroies. C'est là sans doute un appareil très pratique et très léger, mais il est, par contre, très dispendieux, ce qui en restreint nécessairement l'usage à une certaine catégorie de malades privilégiés. Quand on n'en a pas sous la main, il est bien plus aisé de confectionner un appareil plâtré, soit un amovo-inamovible, qui se met en place presque instantanément, soit, dans les cas ordinaires, d'un simple bandage plâtré que l'on confectionne extemporanément après l'opération. Quoi qu'il en soit, l'appareil que l'on emploie doit répondre à plusieurs desiderata :

1° Maintenir aussi intime que possible le contact du bras et de la tête;

2° Empêcher que le bras, tout en conservant ce contact, ne puisse effectuer des mouvements d'avant en arrière, qui provoqueraient des déplacements de la base du lambeau dans le sens antéro-postérieur;

3° Permettre de pouvoir faire aisément et fréquemment des pansements de la région opérée.

B) Exécution de l'opération

Les précautions antiseptiques d'usage doivent naturellement être prises ici : nettoyage soigné du bras, de la moitié de la face correspondant à la région opératoire des paupières et de la surface conjonctivale avec ses culs-de-sac. L'opération sera pratiquée, à moins de contre-indication formelle, sous l'anesthésie chloroformique, qui sera poussée assez loin, surtout à la fin, et cela pour éviter les mouvements de l'opéré et ses efforts de vomissement, qui pourraient présenter les plus graves inconvénients une fois le lambeau fixé.

L'opération comprend plusieurs temps, que voici :

Premier temps. — Incision des téguments de la ou des paupières, assez près du bord ciliaire et dissection soignée, sur les deux lèvres de la plaie, des brides cicatricielles qui réunissent la peau aux plans sous-jacents ; — de telle façon que les bords libres des deux paupières puissent, sans effort, être amenés au contact l'un de l'autre. L'hémorragie est souvent assez notable, mais elle est facile à arrêter par des affusions d'eau chaude. On devra prendre garde, pendant l'exécution de ce premier temps, de respecter non seulement la conjonctive et les cartilages tarses, mais aussi, s'ils sont encore intacts, les fibres de l'orbiculaire et le tendon du releveur. Si la conjonctive était sacrifiée, on devrait s'efforcer de la restaurer par une greffe muqueuse empruntée à l'œil d'un animal (lapin par exemple).

Deuxième temps. — Avivement du bord libre des paupières et, au moyen de points de suture métalliques ou au crin de Florence, blépharorrhaphie, partielle ou totale, mais en prenant bien soin de laisser au moins, à l'angle interne de l'œil, une ouverture pour permettre l'écoulement des larmes, les instillations médicamenteuses, si besoin en est, et les lavages de l'œil.

Troisième temps. — Amener le bras du patient au contact des surfaces cruentées et faire la dissection du lambeau tel qu'il avait été projeté préalablement, ou en le modifiant dans sa forme et ses dimensions, si c'est nécessaire. On aura soin de disséquer ce lambeau en respectant, autant que possible, les vaisseaux circonvoisins et en y comprenant une certaine épaisseur de tissu cellulaire, et même, vers le pédicule, un peu de l'aponévrose brachiale.

Quatrième temps. — Le bras étant appliqué contre le visage, dans la position qu'il devra occuper (*voir plus haut*); retourner le lambeau, appliquer sa face cruentée en regard de la perte de substance palpébrale et l'y maintenir en fixant ses bords aux bords de celle-ci par des points de suture au crin de Florence.

Cinquième temps. — Appliquer l'appareil contentif, s'il est déjà préparé ; sinon, en confectionner un au moyen d'un ban-

dage plâtré, en tenant compte soigneusement des conditions énoncées plus haut à ce sujet. Recouvrir la plaie du bras avec un pansement aseptique vaseliné ou bicarbonaté humide.

C) Soins consécutifs à l'opération

1° *Soins généraux.* — Les premiers jours qui suivent l'opération, le patient éprouve généralement une grande fatigue, à cause de la position forcée à laquelle il est astreint; souvent même cet état devient une vraie torture et les malheureux malades sont en proie à une telle surexcitation nerveuse que tout sommeil devient impossible et qu'il est nécessaire, pour remédier à cet état de choses, de leur administrer fréquemment des doses assez élevées de bromure et de morphine. On veillera également à ce que l'opéré repose toujours commodément, en variant sa position et celle de son oreiller. Il faudra, de plus, prendre garde à assurer chez eux la liberté du ventre et à les alimenter avec grand soin, bouchée par bouchée; bref, on s'efforcera par tous les moyens possibles, tant par les encouragements et les distractions que par les soins matériels, de maintenir toujours chez eux un bon état général et de soutenir leur moral, pour les faire patienter jusqu'au jour de la section du pédicule.

2° *Renouvellement du pansement.* — On devra maintenir toujours les régions opératoires en état de propreté parfaite et renouveler les pansements aussi souvent qu'il sera nécessaire: ces pansements seront, ainsi qu'il a été dit plus haut, autant que possible, des pansements simplement aseptiques, ou, s'il y a de la suppuration, faiblement antiseptiques (boriqués ou bichlorurés humides).

3° *Section du pédicule.* — Les premiers opérateurs, M. Berger entre autres, pratiquaient la section du pédicule vers la troisième ou quatrième semaine. Mais les faits ont démontré que cette section pouvait être faite plus tôt, surtout si le lambeau a été disséqué soigneusement, suivant les règles énoncées plus haut, et s'il est bien vascularisé. Il est vrai que plus l'attente sera longue, plus le lambeau aura eu de temps pour établir ses

connexions vasculaires avec les téguments de la paupière, et, partant, plus il aura de chances de vitalité. Mais, en pratique, il importe également de délivrer au plus tôt le patient de sa fatigante position, surtout si ses forces s'affaiblissent, si son endurance est à bout, ou si quelque dérangement survenu dans les sutures ou dans l'appareil vient inspirer des craintes pour la parfaite coaptation des parties. Aussi pensons-nous que, dans la généralité des cas, en se guidant sur l'adhérence du lambeau par sa face profonde à la surface cruentée de la paupière, on pourra sectionner le pédicule en moyenne du septième au douzième jour. (On verra, dans une observation mentionnée plus loin, que le pédicule a été sectionné le septième jour, par MM. Cabannes et Dubreuilh, et que le lambeau a parfaitement survécu.) Cette section sera faite au point d'insertion du pédicule au bras, d'un coup de ciseaux ou de bistouri bien affilé. Elle est suivie généralement d'une petite hémorragie par le bout central et le bout périphérique du pédicule, hémorragie rarement assez abondante à la vérité pour mettre en danger la vitalité du lambeau; du reste, un peu de compression, ou même, au besoin, quelques ligatures suffiront pour s'en rendre maître. En même temps, on pourra enlever les points de suture.

4° *Soins ultérieurs.* — Une fois le pédicule sectionné, on insère son extrémité cruentée dans les téguments palpébraux avivés et l'on fixe le tout par un ou deux points de suture. Enfin, on fermera la plaie d'emprunt brachiale par quelques points, après en avoir avivé les bords et enlevé, au bistouri, la couche de granulations qui la recouvre.

Il ne restera plus alors dans la suite qu'à exercer sur le lambeau transplanté quelques petits massages, afin de l'assouplir, de le fondre avec les parties environnantes, de mobiliser les adhérences cicatricielles qui pourraient subsister; et si sa pâleur tranche sur la coloration normale des téguments voisins, on excitera le processus de pigmentation par des attouchements au nitrate d'argent, ou même par un peu de maquillage que les opérés s'habituent facilement à faire eux-mêmes.

3° *Libération des paupières.* — La blépharorrhaphie doit être

maintenue longtemps, afin de lutter contre le processus de rétraction cicatricielle des téguments qui tend toujours à tirer les paupières et à les éverser. Au bout du dixième au dix-huitième mois, on rétablit la fente palpébrale et on rend à l'opéré l'usage de son œil en divisant la cicatrice avec des ciseaux droits fins, sur une sonde canelée, de dedans en dehors (afin d'éviter de blesser les points lacrymaux). La nouvelle commissure palpébrale ne tend généralement pas à se rétrécir; dans le cas contraire, on ferait une canthoplastie.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS ET OBSERVATIONS

La blépharoplastie par la méthode italienne donne généralement d'excellents résultats, ainsi qu'on pourra le voir dans les observations mentionnées ci-dessous. Le lambeau reste seulement un peu plus pâle que les téguments voisins, mais nous avons dit plus haut qu'il était facile d'y remédier avec un peu de maquillage ; la sensibilité cutanée est généralement lente à réapparaître et assez souvent elle reste obtuse, la sensibilité à la pression profonde existant seule au détriment de la sensibilité superficielle à la piqure. Mais la vitalité du lambeau est excellente et, dans tous les cas connus — encore, malheureusement, en petit nombre, — on n'a jamais observé de résorption.

OBSERVATION I

(BERGER, Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 17 mars 1880)

Malade atteinte à la face, depuis vingt-cinq ans, d'un lupus, aujourd'hui guéri, mais en laissant des déformations exceptionnelles des téguments du visage. La peau du front, du nez, des tempes, des joues, des lèvres, du menton, transformée en tissu cicatriciel, est tendue comme la peau d'un tambour et sa rétraction a occasionné :

1° Une atrésie assez complète des narines et une diminution de la saillie du nez dont le relief est presque inappréciable.

2° Un double ectropion poussé aux dernières limites. Des deux côtés, le bord ciliaire, glabre, de la paupière inférieure dédoublée et étalée sur la joue, n'est guère distant de plus d'un travers de doigt de la lèvre supérieure, elle-même attirée en haut. A la suite de ces déformations, il y a dix ans, l'œil droit avait été perdu, après d'intolérables douleurs ; l'œil gauche commençait à s'altérer et il y avait de la photophobie.

Cédant aux sollicitations pressantes de la malade, M. Berger se résolut à une opération. La malade fut assoupie par une dose de 40 grammes de chloral, prise en plusieurs fois, douze heures avant l'opération, le chloroforme n'ayant pas été employé, à cause d'une insuffisance mitrale avec commencement d'asystolie.

Premier temps. — Incision profonde sur toute l'étendue du sillon naso-jugal, de l'aile du nez jusqu'à l'apophyse orbitaire interne ; de cette incision on en fit partir une autre, transversale, divisant toute l'épaisseur de la peau et des tissus sous-jacents, à égale distance du bord libre de la lèvre et de la paupière qu'elle contournait et que l'on prolongea, en dehors, jusqu'à l'arcade zygomatique. Puis les parties situées au-dessous de cette incision furent libérées et détachées des parties sous-jacentes jusqu'à ce que le bord libre de la paupière inférieure pût être sans traction amené au contact de la paupière supérieure. Ce temps de l'opération fut entravé par une hémorragie très notable.

Deuxième temps. — Le bord libre des deux paupières fut avivé et la suture palpébrale fut faite au moyen de cinq points de suture métallique réunissant les quatre cinquièmes externes de la fente palpébrale.

Troisième temps. — Le bras gauche fut amené dans la position qu'il devait occuper, en avant du visage, l'avant-bras fléchi sur le côté opposé de la tête. On dessina sur la peau de la région antéro-interne du bras un lambeau à base tournée vers le coude, à sommet dirigé vers l'épaule, lambeau de la forme de la plaie vive qui séparait alors la paupière inférieure de la lèvre, mais dépassant celle-ci d'un bon centimètre en largeur et d'un tiers en longueur. Ce lambeau fut circonscrit et disséqué avec toute l'épaisseur du tissu cellulaire qui le doublait et même vers le milieu un peu de l'aponévrose brachiale qui lui fut laissée adhérente.

Quatrième temps. — Le lambeau fut retourné, sa face cruentée vers

le visage de la malade, sa pointe vers l'angle externe de l'œil ; il remplissait exactement et sans tiraillement toute l'étendue des deux tiers internes de la plaie du visage. On le fixa par dix-huit points de suture métalliques.

Cinquième temps. — Un appareil plâtré prenant le dos, les épaules, les parties latérales de la poitrine, la nuque, la tête, le bras, le coude et l'avant-bras de l'opérée fut appliqué ; une compression très douce fut exercée sur la face cutanée du lambeau pour l'appliquer intimement sur le visage dans toute son étendue. Application d'une cuirasse de bandelettes de diachylon sur la plaie du bras.

Le bras de la patiente fut immobilisé pendant vingt et un jours. Mais, dès le huitième jour, la malade ressentant une grande fatigue, on enleva toute la partie de l'appareil plâtré correspondant au bras et l'on fixa le bras à la portion céphalique et dorsale de l'appareil par quinze à vingt bandelettes de diachylon renouvelées tous les jours.

Le vingt-deuxième jour, on enleva l'appareil, qui avait déterminé quelques eschares peu profondes au niveau de l'épine de l'omoplate. Le lambeau était sensible, de coloration normale et semblait fortement adhérent. On sectionna le pédicule d'un coup de ciseaux. Aussitôt le lambeau pâlit, devint insensible et resta deux jours entre la vie et la mort ; le troisième jour sa circonférence devint légèrement rosée et le huitième jour sa vitalité était assurée. Mais la sensibilité revint avec une lenteur extrême ; six mois après, elle était encore très obtuse.

Etat actuel de l'opérée. — Le lambeau brachial vit et constitue à lui seul toutes les parties molles de la joue. La lèvre est cependant attirée encore un peu en haut et la paupière manifestement en bas, mais surtout en dehors, où le lambeau n'avait pu combler le vide créé par les incisions libératrices. L'adhésion des paupières est solide, mais la cicatrice qui les unit est fortement tirillée ; le quart interne de la fente palpébrale n'est pas réuni ; en ce point la vision se fait à travers un vide de 5 à 6 millimètres carrés. L'œil gauche est sain.

OBSERVATION II

(BERGER, *France médicale*, 1889, p. 1445)

Jeune fille de vingt ans ; à l'âge de dix-huit mois, est tombée, le visage sur un chenet brûlant ; l'eschare de la paupière inférieure gauche, produite par cette brûlure, avait déterminé par sa chute une perte de substance dont la rétraction cicatricielle avait été suivie d'ectropion total de cette paupière. Il en résultait une difformité qui avait été plutôt accrue par trois tentatives de réparation, l'une pratiquée à l'âge de sept ans, à la suite de laquelle l'occlusion palpébrale fut maintenue pendant un an ; les deux autres, il y a dix-huit mois, par le procédé de Warthon Jones et sans occlusion préalable. Non seulement il y avait un ectropion total de la paupière inférieure gauche, mais des cicatrices très visibles et un peu chéloïdiques, résultant des opérations pratiquées, s'étendaient jusqu'à la région malaire et constituaient une bride fortement saillante et tendue au niveau du grand angle de l'œil. Les bords palpébraux étaient en grande partie dépourvus de cils et la paupière inférieure, quoique peu déformée, était cicatricielle elle-même.

Afin d'épargner à cette jeune fille de nouvelles incisions au visage, qui, en cas d'insuccès de l'opération, eussent pu la défigurer encore davantage, M. Berger résolut de prendre au bras la matière propre à la réparation.

L'opération fut pratiquée le 1^{er} août 1888.

La totalité du tissu cicatriciel qui maintenait le bord libre de la paupière fixé à la région malaire ayant été circonscrite par une incision et excisée, la surface conjonctivale et le bord libre des paupières furent libérés, relevés et fixés à la paupière supérieure par une tarsorrhaphie. Puis un lambeau pédiculé dont le siège, la forme, les dimensions et la direction avaient été déterminés d'avance, fut taillé au bras sur la région bicipitale gauche. Le bras étant relevé sur le côté de la face et l'avant-bras replié sur le sommet de la tête, ce lambeau retourné vint s'appliquer par sa face cruentée sur la perte de substance de la paupière inférieure, où il fut fixé par une suture très exacte de ses bords avec du fil de soie fin. La plaie laissée à découvert par la dissection du

lambeau fut également réunie par la suture. Pour fixer l'avant-bras et le bras à la tête pendant le temps nécessaire à la parfaite adhésion du lambeau brachial à la paupière, M. Berger employa un appareil assez semblable à celui auquel avait recours Tagliacozzi, une sorte de capeline se rattachant à un corset et sur le sommet de laquelle le membre supérieur, entouré d'un gant lacé remontant jusqu'au-dessus du coude, était maintenu au moyen de courroies et de liens bouclés passant dans des coulisses. Un pansement compressif au salol entoura toute la région qui avait été le siège de l'opération.

Les deux premiers jours seuls furent un peu pénibles et fatigants ; vers le quatrième, la malade put déjà se lever et se promener dans la salle avec son bras fixé sur la tête. Le 13 août, douze jours après l'opération, le pédicule qui rattachait le lambeau au bras fut sectionné ; le lambeau était à ce moment solidement adhérent à la face ; il ne fut nullement troublé dans sa vitalité par le détachement de son point d'attache. Le 6 septembre, M. Berger fit une petite opération complémentaire pour diminuer la saillie que faisait à la face le pédicule du lambeau.

Les paupières ne furent séparées que le 15 juillet 1889, près d'un an après l'opération : à ce moment, le lambeau s'était parfaitement confondu avec la peau de la face, sur laquelle il tranchait néanmoins encore par sa pâleur.

Actuellement, ce lambeau est sensible, il rougit sous l'influence des pressions exercées sur lui. L'ectropion ne s'est pas reproduit, mais comme la paupière inférieure est dépourvue d'orbiculaire, l'occlusion palpébrale ne peut se faire d'une manière complète. Le renversement persistant du point lacrymal inférieur s'accompagnait tout récemment encore d'un larmolement incommode ; celui-ci a presque complètement disparu, ce qui prouve que la tendance du bord palpébral au renversement est plutôt diminuée. Enfin, la légère différence de coloration qui persiste entre le lambeau et les téguments environnants est très aisément masquée par un peu de maquillage.

En résumé, le résultat obtenu a été le résultat cherché : une notable correction de la difformité et une disparition presque complète des troubles fonctionnels, photophobie et larmolement.

OBSERVATION III (BERGER, *Ibid.*)

Une femme, ayant contracté la syphilis de son nourrisson, perdit, des suites de cette affection, le nez, la lèvre supérieure, les téguments du front et des deux joues. L'œil droit, atteint de kératite interstitielle, semblait perdu ; l'œil gauche, constamment à découvert malgré la conservation de la paupière supérieure, était menacé du même sort. Pour le préserver, M. Berger entreprit de restaurer la paupière inférieure de ce côté et de la suturer à la paupière supérieure dans ses deux tiers externes seulement, afin de ménager vers l'angle interne de l'œil une lucarne à travers laquelle la vision pût s'effectuer ; car il eût été impossible de condamner la malade à une cécité complète et prolongée, en pratiquant une suture palpébrale plus étendue.

Le plan suivi pour cette opération fut à peu près le même que dans le cas précédent. Un grand lambeau pédiculé, taillé sur le bras gauche, fut amené sur la joue et sur la région palpébrale inférieure, après que ce qui restait encore de la conjonctive inférieure et les parties attenantes de la cicatrice faciale eurent été relevés et suturés à la paupière supérieure, pour restaurer un rudiment de paupière.

Le lambeau brachial ayant été suturé à la face, le bras et l'avant-bras furent maintenus relevés au contact de la tête au moyen d'un appareil analogue à celui employé dans le cas précédent.

Les suites de l'opération furent simples ; elle avait été pratiquée le 23 juillet 1889 ; le 3 août, c'est-à-dire onze jours après, le pédicule du lambeau fut coupé et le membre supérieur put être détaché. Pendant tout ce temps, l'opérée avait pu supporter sa position sans trop de fatigue, les principales fonctions s'étaient opérées sans difficulté, le moral était resté très bon. Le lambeau ne fut nullement atteint dans sa vitalité par la section de son pédicule ; ce ne fut que vers l'angle interne de l'œil que se produisit un peu d'écartement entre la pointe et la racine du nez. Une dizaine de jours après, il fut procédé à l'adaptation de la partie exubérante du lambeau à la région malaire.

Actuellement, l'œil gauche est recouvert par un voile formé par la suture palpébrale, voile qui laisse vers le grand angle une fenêtre par laquelle s'effectue la vision. Le lambeau recouvre la presque totalité de

la joue; il est même attiré en bas par la cicatrice qui remplace la lèvre supérieure; il faudra donc attendre que cette rétraction se soit épuisée, un an au moins, avant de séparer les deux paupières; mais auparavant il faut recommencer la même entreprise sur l'œil droit et tenter, par une opération analogue, de délivrer la malade des douleurs incessantes que lui cause l'exposition constante de cet œil à l'air et à la lumière; peut-être même sera-t-il possible d'obtenir le retour de la cornée à un état de transparence suffisant pour permettre la vision.

En résumé donc, dans cette dernière opération le but recherché a été la disparition des douleurs et la conservation de l'œil menacé: on peut dire, par conséquent, que le résultat prouve que ce but a été atteint.

OBSERVATIONS IV et V

(BERGER, Bull. Ac. de méd., Paris 1896, 3^e s., XXXV, 624)

Une malade était atteinte d'un double ectropion total de l'œil gauche, dû à une ancienne cicatrice de brûlure occupant les régions frontale, temporale, génienne et palpébrale correspondantes. L'œil, complètement à découvert, était atteint d'opacité cornéenne et menacé de perte prochaine.

Le 21 novembre 1893, M. le Professeur Berger commence à libérer les paupières par une incision circonférencielle qui permit de les disséquer et de les amener au contact; leur bord libre fut avivé et suturé, et sur la perte de substance constituée par la dissection et la libération de leur face cutanée, il implante un grand lambeau en Y, emprunté au bras gauche, lequel fut maintenu à la tête par l'appareil employé habituellement par M. Berger.

Le pédicule du lambeau fut sectionné au bout de douze jours, adapté à la région temporale quinze jours plus tard. La fixation du membre supérieur à la tête avait été très bien supportée et le lambeau était bien vivant.

La suture palpébrale ne fut ouverte que six mois plus tard; les paupières, douées de tous leurs mouvements, se ferment sans difficulté, toutes les douleurs et la photophobie ont disparu et la cornée a repris toute sa transparence.

Un autre cas, plus grave encore, a trait à un double ectropion total de l'œil gauche, dû à une brûlure ancienne, ayant détruit tous les téguments de la moitié correspondante de la face. La face conjonctivale des paupières retournées est tournée directement en avant, l'œil est perdu, la cornée est opaque et perforée ; les douleurs sont intolérables.

Après que M. le Dr Galezowski eut procédé à l'énucléation de l'œil perdu, le 5 février 1896, la libération des paupières, la suture palpébrale, l'adaptation sur l'énorme plaie d'avivement de la face d'un vaste lambeau en Y emprunté au bras furent pratiquées. Le bras resta fixé à la tête pendant neuf jours, au bout desquels le pédicule du lambeau fut sectionné, puis adapté à la région temporale.

Au moment où M. le Professeur Berger présentait cette malade, la suture palpébrale tenait toujours et était solide et le lambeau, parfaitement vivant, recouvrait une bonne partie du front et la majeure partie de la joue.

OBSERVATION VI

(BASSO, *Gazz. degli Osp.*, Milano, 1892, XIII, 939)

Mazza Bartolomeo, cinquante et un ans, charretier, de Molare, se présente à l'hôpital dans un état pitoyable : il a le visage déformé par des cicatrices récentes et des plaies encore suppurantes, suite de brûlures dues à une chute dans le feu. Les paupières des deux côtés sont retournées à tel point qu'elles montrent les plis conjonctivaux. L'œil droit est entièrement perdu par kératite suppurée totale, le bulbe gauche est entièrement découvert et déjà gravement malade ; la cornée ulcérée, la pupille est encombrée d'exsudats.

Dans de pareilles conditions, il était urgent de préserver le bulbe d'une perte assurée et on ne pouvait attendre la fin du processus cicatriciel ainsi qu'il est rigoureusement prescrit, tout procédé de prothèse artificielle étant vain. C'est pourquoi dans le but de recouvrir le bulbe en souffrance avec la conjonctive, M. Basso décida de pratiquer une blépharoplastie.

Il choisit la méthode de Tagliacozzi, parce que les conditions de nutri-

tion de la peau circonscrivant l'orbite ne permettaient ni le procédé de Fricke, ni celui de Le Fort-Wolfe.

Tout d'abord, on remit en place la marge palpébrale inférieure, employant la méthode ordinaire de Warthon Jones, c'est-à-dire en faisant glisser un lambeau triangulaire pris sur la joue. On détacha, par une incision curviligne, le bord de la paupière et disséquant lentement jusqu'à la conjonctive on porta ce bord lui-même au contact du bord de la paupière inférieure. Il restait, de cette façon, une surface semi-lunaire cruentée, grande comme la paupière, dont le fond était constitué par les tissus profonds de la paupière très amincis. On dessina alors sur la face antéro-interne du bras gauche un lambeau de forme semi-lunaire, mais trois fois plus grand que la surface palpébrale et très allongé dans le sens transversal. On fit la dissection du lambeau de telle façon qu'il se trouvât sans pannicule adipeux dans la partie correspondant à la perte de substance et plus épais et plus robuste dans son pédicule. Le bras ayant été fixé à la tête, on sutura à la soie le lambeau, en haut à la peau du front, et en bas au bord palpébral encore intact. On ne fit pas la blépharorrhaphie comme il est indiqué, afin de pouvoir surveiller l'œil malade et instiller de l'atropine.

Comme moyen de fixation on employa un bandage plâtré comprenant la tête, le membre supérieur et le tronc tout entier, dans le but d'immobiliser tous les muscles qui du tronc vont au bras; en regard de la région opérée; on laissa une fenêtre dans l'appareil pour pouvoir renouveler chaque jour la médication. Et cette précaution fut utile en effet, car, au bout de trois jours, on constata un tiraillement du lambeau et l'on put y remédier en rapprochant encore le bras et refaisant en partie le bandage.

Le dixième jour, on coupa le pédicule et l'on enleva les points de suture; le lambeau était parfaitement adhérent dans ses deux tiers externes; l'extrémité interne était, par contre, superficiellement mortifiée.

En attendant, le but était atteint, l'état du bulbe étant amélioré puisqu'il existait une paupière suffisante pour protéger l'œil malade. Le détachement de la petite partie mortifiée laissa une perte de substance qui fut réparée en faisant glisser un petit lambeau de peau de la glabelle et en le renversant en dehors.

Le malade sortit trois mois après avec une vue suffisante pour se conduire: la paupière néoformée se fronça notablement sans pour cela s'ectropionner, à tel point que le malade cachait facilement le bulbe oculaire sous elle.

OBSERVATION VII

(ABADIE, *Rec. d'ophth.*, 3^e s., XVII, 539)

Enfant âgé de onze ans, a été gravement brûlé peu de temps après sa naissance. La peau a été détruite dans tout le côté droit de la face, elle est réduite à un tissu cicatriciel mince, luisant, adhérent partout au squelette. Les deux paupières de ce côté ont été détruites et il existait en haut et en bas un énorme ectropion formé par la muqueuse conjonctivale rouge, gonflée, irritable, et un larmolement continu.

Pour remédier à ce pénible état de choses, on avait déjà essayé plusieurs tentatives d'autoplasties, mais toujours en vain, les sutures n'ayant pas tenu, emportées par la rétraction des tissus.

En présence de la gravité de ce cas, et ayant besoin d'une grande quantité de peau pour remplacer celle qui faisait défaut, M. Abadie s'est décidé à employer la méthode italienne et à se servir de lambeaux munis de leurs pédicules empruntés au bras. L'opération a été longue et délicate, mais, en somme, elle n'est guère plus laborieuse que celle qui consiste à transplanter les lambeaux directement sans pédicule. En outre, elle a fourni un résultat incontestablement supérieur à celui qu'eût donné tout autre procédé.

L'opération terminée, le bras fut simplement maintenu en place, l'avant-bras fléchi sur la tête, par quelques tours de bande. On ne mit ni silicate ni plâtre. Ce qu'il y a eu de remarquable, c'est qu'au bout de vingt-quatre heures les lambeaux transplantés avaient un aspect noirâtre de mauvais augure; mais au bout de quarante-huit heures ils prirent, au contraire, une teinte rosée qui alla s'accroissant, preuve manifeste du rétablissement de la vitalité par l'intermédiaire des pédicules. Bientôt il devint incontestable que les lambeaux étaient définitivement bien nourris et, sauf tout à fait à leur pointe, aucune élimination n'a eu lieu.

Les pédicules n'ont été détachés que le douzième jour et, eu égard à l'influence heureuse évidente qu'ils ont exercée sur la nutrition, j'estime qu'il ne faut les détacher que le plus tard possible.

L'œil est actuellement parfaitement protégé, il n'y a plus d'ectropion ni en haut ni en bas, le malade ne se plaint plus de cette irritation et de ce larmolement qui le faisaient souffrir constamment.

Avec les lambeaux à pédicule, les jours qui suivent, grâce à la nutrition qui se rétablit par l'intermédiaire du pédicule, l'aspect des lambeaux est meilleur que le premier jour et cette amélioration ne fait que progresser jusqu'à la prise définitive. Il n'y a pas d'élimination et de résorption tardive.

OBSERVATION VIII (DE LAPERSONNE)

(*Beiträge zur Augenheilkunde Festschrift. Julius Hirschberg, 1903*)

Jeune homme de vingt-deux ans, présentant des cicatrices étendues de la face à la suite de brûlures par chute dans le feu, à l'âge de treize mois. Tout le côté droit de la face, les régions temporale, frontale et pariétale du crâne étaient recouvertes par un mince tissu cicatriciel, réduit en certains points à une lame d'épiderme accolée au périoste. Ectropion considérable.

On ne pouvait songer, pour protéger l'œil droit, à prendre un lambeau dans les régions voisines, toutes cicatricielles. Mais la peau du bras étant parfaitement saine, blanche et glabre, l'auteur décida de recourir à la méthode italienne.

Il se servit de l'appareil de contention de Berger et le malade fut habitué plusieurs heures par jour au port de l'appareil. Puis l'auteur pratiqua sous le chloroforme l'opération avec un plein succès. Après avivement des bords palpébraux, relèvement de la paupière inférieure par des incisions à la Warthon Jones, dissection de la paupière supérieure et enfin suture des bords palpébraux, l'auteur disséqua sur le bras droit un large lambeau en U à grand axe presque transversal et mesurant 8 centimètres de long sur 4 de haut. Le bras ayant été mis en bonne position et le lambeau bien adapté, sutures. Réunion par première intention. Douze jours plus tard, section du pédicule et abla-

tion de l'appareil, qui fut bien toléré pendant tout ce temps. La photographie prise trente-trois jours après l'opération montre l'excellence du résultat. Le lambeau n'est pas exubérant et a pris la forme de la perte de substance. Il mesure 48 millimètres dans son diamètre transversal et 31 millimètres dans le diamètre vertical.

Le succès obtenu tient à plusieurs causes : bon appareil d'immobilisation, assez léger pour ne pas fatiguer le patient et assez élastique pour lui permettre quelques mouvements et ne pas gêner la respiration ; asepsie rigoureuse, pansements fréquents et surveillance étroite du malade.

L'auteur demeure convaincu que la blépharoplastie par la méthode italienne modifiée sera de plus en plus l'opération de choix lorsque l'état cicatriciel des tissus ne permettra pas de prendre un lambeau pédiculé dans le voisinage des paupières. Car les lambeaux sans pédicule ont une vitalité insuffisante et se résorbent. Le seul point délicat est de faire supporter à l'opéré pendant quinze à vingt jours une position gênante et fatigante. Il faut pour réussir ne s'adresser qu'à des sujets jeunes et voulant guérir. Le placement de l'appareil pendant plusieurs heures dans les jours qui précéderont l'opération permettra de tâter leur susceptibilité et de mesurer, pour ainsi dire, leur degré de patience.

OBSERVATION IX

(F. LAGRANGE, *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1905)

M^{me} B..., trente-cinq ans, a été victime d'un accident, provoqué par l'explosion d'une lampe à essence ; et, toutes les parties de son corps ayant été atteintes par les flammes, cette personne est restée longtemps en traitement dans un service de chirurgie de l'hôpital Saint-André.

Les brûlures, extrêmement graves aux deux mains, ont produit des rétractions cicatricielles telles que la malade est réduite à une impotence fonctionnelle presque complète du côté des membres supérieurs ; les lésions de la face se sont relativement vite cicatrisées ; mais la rétraction du tissu cicatriciel est telle qu'elle a déterminé une éversion complète des paupières.

Les paupières supérieures, surtout celles de l'œil gauche, offraient le degré le plus accentué de déformation (*fig. 1*).

Peu après, la malade se trouva atteinte d'une conjonctivite chronique, avec sécrétion très abondante et larmolement. Les yeux étaient continuellement humectés; la conjonctive, tuméfiée et rouge, ne tarda pas à devenir le siège d'un bourgeonnement, présentant l'aspect de granulations. Cet état s'aggrava bientôt et des ulcérations cornéennes se formèrent à gauche.

C'est dans cette situation que la malade se présente à la Clinique ophthalmologique de la Faculté; M. le D^r Lagrange décide de pratiquer une blépharoplastie suivant la méthode italienne, car il est impossible de trouver une zone suffisamment large de peau saine dans le voisinage des paupières en éversion (*fig. 1*).

Il existe bien, sur une certaine étendue, et parallèlement aux bords ciliaires, une surface cutanée d'aspect normal; mais tout autour ce n'est que tissu blanchâtre, luisant, cicatriciel; et c'est précisément au niveau de ce tissu, distant d'environ 1 centimètre du bord ciliaire de l'œil gauche, que s'est produite la rétraction, éversant complètement les paupières, leur laissant à peine un léger degré de mobilité, malgré tous les efforts de l'orbiculaire pour amener l'occlusion.

La méthode italienne étant seule praticable, l'on cherche le moyen d'obtenir l'immobilisation du bras; et, faute d'un orthopédiste pouvant construire l'appareil nécessaire dont, du reste, l'Assistance publique de l'hôpital refuserait certainement de faire les frais, M. le D^r Lagrange se décide pour un appareil plâtré qu'il construit avec l'aide des docteurs Aubaret et Balinsi, quelques jours avant l'opération, afin d'habituer la malade à son usage.

Le bras gauche de la patiente est mis en position convenable, l'avant-bras fléchi sur l'extrémité supérieure du front, de telle façon que la face antéro-externe du bras se trouve contiguë à la commissure palpébrale externe de l'œil gauche. Ce bras, complètement nu, est ensuite recouvert de compresses de gaz et d'une légère couche de ouate.

Cela fait, on découpe plusieurs lanières de tarlatane, destinées à constituer une sorte de minerve, comprenant le cou, la tête et le membre supérieur, celui-ci placé dans la position qu'il devra garder pendant plusieurs jours.

La tarlatane est imprégnée de plâtre délayé, assez fluide, et immédiatement appliquée sur la malade.

Des bandes de gaze, de différentes longueurs, sont ensuite également imprégnées de plâtre et placées sur les divers points de l'appareil qui paraissent avoir besoin d'être renforcés. Enfin, à l'aide d'une bande roulée, on recouvre complètement l'appareil, qui se solidifie rapidement dans la position jugée la plus convenable.

Le tout devant constituer un système amovo-inamovible, au bout d'une heure, lorsque le plâtre est encore humide, on sectionne la partie inférieure de l'appareil, celle qui recouvre les épaules; et il est alors facile de le soulever, de l'enlever complètement, comme on enlève un capuchon. Le système une fois enlevé, on pratique son renforcement et surtout son allègement (*fig. 3*).

Les parties de l'appareil destinées à supporter le maximum d'effort, c'est-à-dire celles qui sont en rapport avec la partie externe du bras, sont soigneusement consolidées. La main est ensuite dégagée par un orifice très étendu, siégeant à la partie supérieure du plâtre et du côté droit.

La partie inférieure est réduite au strict nécessaire, de façon à ne pas gêner les mouvements respiratoires de la malade. On ne laisse que les points d'appui suffisants, portant sur les deux épaules.

La portion correspondant à la face est également ajourée et laisse la figure complètement à découvert.

De cette façon, rien de plus facile que de pratiquer les pansements et de surveiller la cicatrisation de la plaie opératoire, sans ôter l'appareil. Ce capuchon plâtré, une fois terminé, est, à plusieurs reprises, placé sur la malade. Après s'être rendu compte qu'il est bien supporté, on pratique l'opération sous le chloroforme, le 2 octobre 1903.

Dans un premier temps, les paupières sont d'abord libérées; toute la partie minime de peau saine restant sur les marges palpébrales est séparée du tissu cicatriciel; les deux bords ciliaires sont ensuite suturés par une tarsorrhaphie totale. On obtient ainsi deux surfaces cruentées, très étendues, sur lesquelles doit être appliqué le lambeau pris au bras.

On découpe un patron en papier ayant un peu plus que les dimensions des deux surfaces cruentées : celle qui correspond à la paupière supérieure a une longueur deux fois plus grande que celle de la paupière inférieure.



FIG. 1. — Déformation des paupières
par brûlure.



FIG. 2. — Vingt mois après. Libération
des paupières.

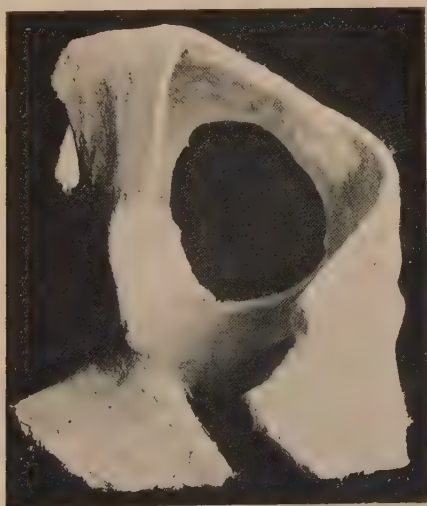


FIG. 3. — Appareil plâtré pour
blépharoplastie.

Cela fait, on porte le patron découpé sur la région antéro-interne du bras correspondant à la commissure externe, ce dernier étant placé dans une position convenable.

On a ainsi très exactement les contours du lambeau cutané à transplanter, et, chose très importante, l'orientation de l'incision curviligne qui doit en déterminer les limites.

Après avoir pris les précautions antiseptiques indispensables, le lambeau est incisé de telle sorte que l'on détache, indépendamment du derme, une mince lame de tissu cellulaire sous-cutané.

L'étendue du lambeau ne permet pas de réunir les lèvres de la plaie au moyen de points de suture ; cette dernière est abandonnée au travail de cicatrisation et se trouve en contact, lorsque le bras est relevé, avec la tempe gauche correspondante.

Le lambeau est alors appliqué sur les surfaces cruentées des deux paupières ; il est ensuite divisé en deux parties correspondant aux deux surfaces à recouvrir qui sont, comme on l'a vu, d'étendues inégales.

On constitue ainsi un double lambeau qui adhère au bras par un pédicule unique. Il ne reste plus qu'à suturer les pourtours des plaies des paupières ; et pour cela on utilise une série de points de suture au crin de cheval, très rapprochés les uns des autres.

Avant de terminer les sutures, le capuchon plâtré est mis en place, et le bras se trouve de la sorte complètement immobilisé.

Les lambeaux restant dans une situation convenable et n'ayant pas bougé, on termine les sutures et on applique un pansement occlusif, en ayant soin d'enduire toutes les zones des points de suture avec de la vaseline aseptique.

Suites opératoires. — Après le réveil chloroformique, la patiente n'accuse aucune sensation de gêne, pas plus du côté de la plaie que du côté des paupières. Elle supporte sans fatigue l'appareil et ses points d'appui. Elle semble tolérer même, sans trop de peine, la fausse position de son membre supérieur.

Le surlendemain, l'application d'un premier pansement permet de voir que les points de suture n'ont pas bougé, que le lambeau n'éprouve pas le moindre tiraillement, que la cicatrisation est en voie de s'effectuer.

La jeune femme accuse un état de nervosisme particulier, malgré

les efforts qu'elle fait pour supporter son appareil. On lui administre à plusieurs reprises du bromure et des potions à base d'opium, afin de combattre cet état nerveux qui paraît par instants devoir devenir insupportable.

De temps en temps les liens unissant les deux parties du plâtre sont relâchés, de telle sorte que la malade peut profiter de quelques moments de répit et prendre patience jusqu'au jour où on la libérera définitivement.

C'est dix jours après l'opération que le plâtre est enlevé, et le pédicule du lambeau sectionné ; le bord libre et cruenté de ce pédicule est ensuite rabattu sur la région temporale où il est maintenu par quelques points de suture, de façon à bien recouvrir une petite surface saignante existant encore à ce niveau.

Pendant huit mois l'occlusion des paupières est maintenue ; les lambeaux transplantés jouissent d'une vitalité parfaite ; et la malade n'éprouve, au niveau de son œil, aucun désordre.

Le 10 mai 1904, les paupières sont libérées ; la malade recouvre ainsi le complet usage de son œil.

Le 15 mai 1905, un an après la libération des paupières, vingt mois après l'opération, la malade est photographiée ; et la figure 2 montre le résultat définitif.

OBSERVATION X

(CABANNES et W. DUBREUILH, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*,
1906, p. 231)

P.... a été effroyablement mutilé et défiguré par une syphilis maligne précoce compliquée probablement d'iodurisme gangréneux. Il était entré dans le service de M. le D^r Dubreuilh, couvert d'ulcérations profondes qui ont guéri rapidement par la suppression de tout traitement général et par des pansements humides boriqués. On peut voir ci-contre (*fig. 4*) sa photographie avant toute intervention opératoire : on y remarque que tout le côté gauche de la face et une grande partie du côté droit sont occupés par de la cicatrice profonde, rétractile et ayant intéressé les muscles peauciers sous-jacents. Notons particulièrement :



FIG. 4. — Le malade avant l'opération (Obs. X).

1° *Un ectropion de la paupière supérieure gauche ayant amené le renversement du cartilage tarse et des lésions graves de la cornée ;*

2° Une fistule du canal de Sténon gauche ;

3° Une destruction complète des ailes du nez, surtout à gauche ;

4° Une large fenêtre s'ouvrant dans la bouche et siégeant sur la joue gauche et la lèvre supérieure dont le côté gauche n'est plus représenté que par un cordon de quelques millimètres d'épaisseur réunissant le milieu de la lèvre supérieure à la commissure gauche ;

5° Une destruction complète de la lèvre inférieure, une grande nappe cicatricielle étant étalée et tendue depuis la base des gencives inférieures jusqu'au menton ;

6° Des cicatrices innombrables sur le tronc et les membres.

Tel qu'on le voit maintenant il n'est pas beau, mais il est notablement amélioré par la série d'opérations réparatrices faites sur lui dans le courant de l'année 1903.

Le docteur Dubreuilh a d'abord tenté de refaire une lèvre inférieure par la méthode de Nélaton, puis de fermer, par un lambeau de peau prélevé sur le bras selon la méthode italienne, la fenêtre buccale ouverte dans la joue gauche.

Le 30 novembre 1903, MM. Cabannes et Dubreuilh entreprirent la réfection de la paupière supérieure gauche. Comme le malade supporte mal le chloroforme et avait failli mourir pendant la précédente opération, on se contenta d'une anesthésie locale assez incomplète. Une incision courbe à 1 centimètre du bord ciliaire permit de rabattre le cartilage tarse renversé et de faire la blépharorrhaphie. Puis un lambeau est taillé à la face antérieure du bras, tout près du pli du coude, avec un large pédicule disposé de telle sorte que sans torsion il puisse s'appliquer sur la plaie palpébrale. Ce lambeau, taillé très large, est suturé à la plaie palpébrale et le bras est fixé en place par un appareil plâtré. On fait, en outre, deux points de suture unissant le bras à la joue et destinés à mieux fixer le bras et à éviter tout tiraillement du lambeau.

Voici quelques détails sur la fixation du bras à la tête :

Le bras gauche étant appliqué par sa face antéro-interne contre la joue gauche, de façon à ce que le lambeau de peau qui lui a été emprunté pour pratiquer la blépharoplastie ne soit soumis à aucun tiraille-

ment, l'avant-bras en pronation est couché par sa face antérieure sur le vertex qu'il traverse obliquement d'avant en arrière et de gauche à droite, la main restant libre sur le côté droit et postérieur de la tête. Celle-ci est un peu inclinée et tournée du côté du membre supérieur gauche, dont les différents segments repliés en flexion l'enveloppent comme dans une anse.

L'appareil a pour but de maintenir la tête et le membre supérieur dans cette intime connexion. Il doit donc, en ce qui concerne l'immobilisation absolue de ces parties contiguës, remplir un double but 1° empêcher le bras et la tête de se séparer l'un de l'autre, en maintenant aussi intime que possible leur contact réciproque; 2° éviter d'autre part que le bras ne puisse, tout en conservant ce contact, effectuer des mouvements d'avant en arrière qui provoqueraient des déplacements de la base du lambeau dans le sens antéro-postérieur.

L'appareil plâtré utilisé a tenu compte de ce double desideratum. Sa confection a été très solide, très durable; moins léger sans doute et moins élégant que les appareils en cuir moulé dus à des fabricants, mais suffisant malgré tout et pas trop gênant. En avant, une large ouverture avait été ménagée, elle permettait des pansements aisés et fréquents de la région opérée.

Le septième jour, le pédicule est sectionné et les sutures enlevées. La greffe a très bien tenu et aujourd'hui la cicatrisation est parfaite. Le greffon a bien eu une certaine tendance à se « globuliser », il s'est rétracté et s'est gonflé comme s'il voulait se pédiculiser, mais à en juger par ce qui s'est passé pour la lèvre où ce phénomène a été peut-être plus marqué encore, il va dans quelques semaines s'aplatir et s'étaler.

La blépharorrhaphie a été maintenue un an. Le 6 décembre 1906, la libération des paupières a été pratiquée par M. le D^r W. Dubreuilh. Actuellement, le sujet ouvre et ferme son œil gauche sans aucune difficulté. Le lambeau transplanté est un peu plus pâle que les téguments environnants, mais il est souple et sensible dans toute son étendue.



FIG. 3. — Après l'opération (Obs. X).



FIG. 6. — Douze mois après. Libération des paupières.

CONCLUSIONS

La blépharoplastie par la méthode italienne présente, ainsi qu'on l'a vu, les avantages suivants :

1° Elle s'applique à des cas où aucun autre procédé n'est possible ;

2° Elle ne cause aucune cicatrice disgracieuse au visage ;

3° Si l'opération échoue, on en est quitte pour recommencer avec un autre procédé, mais la situation du malade ne s'en trouve nullement aggravée, ce qui a lieu avec la méthode indienne.

Par contre, il faut reconnaître que :

1° Elle est d'une exécution longue et difficile ;

2° Elle exige l'emploi d'un appareil de contention assez délicat à réaliser ;

3° Elle condamne le patient à une position forcée qui peut devenir pour certains d'entre eux un véritable supplice.

De ces considérations, nous concluons, pour terminer, que la blépharoplastie par la méthode italienne modifiée peut s'appliquer à la grande majorité des cas avec les plus grandes chances de succès. Cependant, à moins d'indication formelle, dictée par l'impossibilité de restaurer les paupières par aucun autre procédé, elle est et restera, comme opération de choix, une méthode exceptionnelle, réservée à un petit nombre de sujets jeunes et énergiques, doués de la ferme volonté de guérir et de conserver leur visage indemne de tout stigmate. Quoi qu'il en soit, c'est une opération qui, bien que récente et ne comptant encore qu'un petit nombre de cas, mérite d'attirer

l'attention des chirurgiens et d'être étudiée par eux avec soin ; peut-être alors s'apercevra-t-on de ses nombreux avantages et élargira-t-on le cadre de son application encore bien restreint jusqu'ici.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
D^r BADAL.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 décembre 1906,
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages historiques

1778. ELOY. — Dictionnaire historique de la médecine. Mons, art. Taliacot.
1840. MALGAIGNE. — Introduction aux œuvres d'Ambroise Paré. Paris, p. CII.
1848. RENZI (DE). — Storia della medicina in Italia. Napoli.
1862. ZEIS. — Die Litteratur und Geschichte der plastischen Chirurgie.
Leipzig.
1878. VERNEUIL. — Mémoires de chirurgie, t. I, Paris.

Ouvrages médicaux

1597. TALIACOTHI BONONIENSIS (Gasparis). — De curtorum chirurgia per insitionem, lib. II, Venetiis.
1669. MOLINETTI (Antonii). — Dissertationes anatomicæ et pathologicæ de sensibus et eorum organis, cap. XII: De morbis organi olfactus. Patavii.
1719. RENEAUME. — Sur la réparation de quelques parties du corps humain mutilé. Histoire de l'Académie royale des sciences, p. 29. Paris, 1821, in-4°.
1782. DIONIS. — Cours d'opérations. Paris, 8° édition; revue par Lafaye, 2° partie, p. 589.
1818. GRAEFE (Carl-Ferdinand). — Rhinoplastik oder die Kunst den Verlust der Nase organisch zu ersetzen in ihren früheren Verhältnissen erforscht und durch neue Verfarungs weisen zur höheren Vollkommenheit gefœrdert (mit 6 Kupfertafeln. Berlin, in-4°). Collection in-4°, XXXIX, 90939.
1828. BENEDICT (T.-W.-G.). — Beiträge zu den Erfahrungen über die Rhinoplastik nach der deutschen Methode; avec 4 planches lithographiques. Breslau.

1829. DIEFFENBACH (F.). — Chirurgische Erfahrungen besonders über die Wiederherstellung zerstörter Theile des menschlichen Körpers nach neuen Methoden. 1^{er} Abth., Berlin.
1845. DIEFFENBACH. — Die operative Chirurgie, t. I, Leipzig.
1844. FABRIZZI. — Schmidt's Jahrbücher, vol. XLIV, p. 68.
- 1852-1861. Compendium de chirurgie, t. III, art. « Rhinoplastie », p. 28, Paris.
1870. SZYMANOWSKI. — Handbuch der operativen Chirurgie, 1^{re} partie, p. 152, éd. allemande de C.-W.-F. Uhde, Brunswick.
1880. BERGER (Paul). — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, n° 3, t. VII, p. 203.
1885. MAAS (H.). — Ueber Plastik mit frischen gestielten Lappen aus entfernteren Körpertheilen. *Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie*, t. XXXI, p. 559.
1887. BERGER (Paul). — Bulletin de l'Académie de médecine.
1887. BERGER (Paul). — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, N. S., t. XIII, p. 697.
1887. BERGER (Paul). — L'autoplastie par la méthode italienne modifiée, *France médicale*, 24 novembre.
1888. BERGER (Paul). — L'autoplastie par la méthode italienne modifiée. Rapport sur deux observations communiquées par M. le D^r Poncet. Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, N. S., t. XIV, p. 29.
1888. MÉTIN. — Des greffes cutanées, plus particulièrement des greffes cutanées par approche suivant la méthode italienne modifiée. Lyon, Thèse inaugurale.
1888. RITTER VON HACKER (V.). — Ueber den Ersatz grösserer Hautdefekte durch Transplantation frischer ein und doppelstieler Lappen aus entfernteren Körpertheilen. *Archiv f. klinische Chirurgie*, XXXVII, p. 91.
1888. EISELSBERG (Von). — Beiträge zur Autoplastik mittels frischer gestielter Lappen. *Wiener klin. Wochenschrift*, n° 4.
1888. MAC-CORMAC (Sir William). — On the value of plastic methods and their place in surgery. *Illustrated medical News*, p. 225, 244, 295 et suiv.
1889. CERESETO (Vittorio). — Ectropion della palpebra inferiore, nova applicazione di un vecchio metodo operatorio. *Osservatore, Gazzetta medica di Torino*.

1889. BERGER (P.). — De l'autoplastie par la méthode italienne modifiée. Congrès français de chirurgie, 9 octobre, p. 361.
1889. BERGER (P.). — Deux nouvelles opérations de blépharoplastie par la méthode italienne modifiée. *France médicale*, p. 1443.
1889. VALUDE. — De la restauration des paupières. *Arch. d'opht.*, p. 394 ; *Gazette des hôpitaux de Paris*, p. 1029.
1891. DUCROQUET. — Contribution à l'étude des greffes ; comparaison entre la méthode italienne modifiée et la méthode d'Ollier-Thiersch. Thèse de Lille.
1892. BASSO (D.). — Un caso di blefaroplastica col metodo italiano. *Gazz. degli osp.*, Milano, XIII, 959.
1893. GAGNARD. — Autoplastie par la méthode italienne modifiée et greffe d'Ollier-Thiersch. Thèse de Paris.
1893. RICHAUD. — Contribution à l'étude de l'autoplastie suivant la méthode italienne. Thèse de Toulouse.
1893. ABADIE. — Restauration des deux paupières par deux lambeaux avec pédicules empruntés au bras : méthode italienne. *Rec. d'opht.*, Paris, 3^e s., XVII, 539.
1896. BERGER (P.). — Deux cas de blépharoplastie par la méthode italienne modifiée. *Bull. de l'Ac. de méd.*, Paris, 3^e s., XXXV, 624.
1897. FAITOUT. — Quelques observations d'autoplastie. Thèse de Paris.
1903. MADAMET. — Contribution à l'étude des blépharoplasties à pédicule. Thèse de Bordeaux.
1903. LAPERSONNE (DE). — Blépharoplastie par la méthode italienne modifiée. *Beitrag. z. Augenh. Festschr.*, Julius Hirschberg, Leipzig.
1905. LAGRANGE (F.). — Blépharoplastie par la méthode italienne modifiée : Paris, *Rev. de chir.*, XII, 787.
1906. CABANNES et DUBREUILH (W.). — Sur un cas de blépharoplastie par la méthode italienne modifiée. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, XXVII, 231-233.
1906. CABANNES et DUBREUILH (W.). — Communication au Congrès de Lisbonne.

